FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GASTON ELIET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né à Fourmies (Nord), le 20 Novembre 1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SYPHILIS TRAUMATIQUE

(Téguments - Os - Articulations)

Président : M. JEANSELME, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TRIFFANEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène et médecine préventive	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale
VELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A M. le Docteur JEANSELME

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hopital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le très grand honneur de présider notre jury de thèse.
En témoignage de notre profond respect.

A M. le Docteur MILIAN

Officier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hopital Saint-Louis

Dont nous sommes heureux d'avoir suivi l'enseignement pendant nos deux dernières années d'externat. Nous l'assurons ici de notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1919-1920 : M. le Professeur GILBERT.

1920-1921 : M. le Professeur Jean-Louis FAURE.
M. le Docteur P.-E. WEILL.

Externat :

1921-1922 : M. le Docteur MOUCHET.

1922-1923 : M. le Docteur CLERC.
Professeur agrégé de la Faculté

En témoignage de respectueuse gratitude pour les conseils et les soins qu'il nous a donnés.

1923-1924 : M. le Docteur MICHON.

1924-1925 : M. le Docteur TOUPET
M. le Docteur ARMAND-DELILLE.
M. le Docteur Ch. RICHET fils.

1925-1926
1926-1927 : M. le Docteur MILIAN

A MM. les Docteurs TZANCK, chef de Clinique de la Faculté ; A. RICHARD, d'ALLAINES, chirurgien des hôpitaux ; H. DUVAL, ancien interne des hôpitaux ; L. PÉRIN, assistant de l'hôpital Saint-Louis ; ROLLAND, chef de laboratoire à l'hôpital Laënnec, et Paul LEFÈVRE, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, qui nous a aidé de ses conseils pour la rédaction de ce travail.

Introduction

Nous nous sommes proposé, dans cette thèse, l'étude des faits connus sous le nom de syphilis traumatique. Ils attestent l'importance du facteur traumatisme dans l'étiologie des manifestations syphilitiques et cette notion intéresse à la fois la pathologie générale et la médecine légale.

L'expression « syphilis traumatique » n'est pas nouvelle. Récemment, elle a été adoptée par M. Cl. Simon dans ses « questions actuelles de syphiligraphie » et par Mme Madeleine July dans sa thèse (Paris 1925). C'est une formule qui a le mérite de la brièveté, mais qui peut prêter à confusion. Il était donc utile d'insister sur ce qu'elle désigne exactement. C'est le premier chapitre de ce travail.

Quoi qu'il en soit des mots, un grand nombre des faits qu'ils désignent sont connus depuis longtemps. Mais la guerre est venue leur donner un regain d'actualité. Ils ont été l'objet de travaux originaux, de communications et de discussions au cours desquelles l'existence de quelques-uns d'entre eux, a été contestée. Certains faits observés dans le service de notre maître le Dr Milian, les idées que nous avons eu l'occasion de lui entendre exprimer dans son ensei-

gnement de tous les jours nous ont amené à essayer d'en faire une étude d'ensemble.

La syphilis traumatique définie, son Historique esquissé, son Etiologie précisée, nous passons en revue, rapidement, ses diverses manifestations sur les téguments, les os, les articulations. Dans ces chapitres nous faisons état de quelques faits inédits qui tirent leur intérêt des conditions étiologiques dans lesquelles ils sont apparus et des interprétations pathogéniques auxquelles ils prêtent. Chemin faisant, nous aurons l'occasion de montrer l'existence d'une syphilis traumatique des téguments nullement secondaire à une lésion osseuse.

Dans un chapire de diagnostic nous montrons comment l'enquête clinique, aidée des recherches du Laboratoire, doit être conduite et quelles conditions doivent être exigées pour qu'on admette la réalité d'une relation entre un traumatisme et une lésion syphilitique.

Ensuite nous envisageons l'importance de l'existence de la syphilis traumatique dans les accidents du travail — et nous terminons par l'exposé des théories pathogéniques qui ont été proposées pour l'expliquer.

CHAPITRE I

Définition - Délimitation du sujet

C'est par analogie avec les termes « Pneumonie traumatique », « Tuberculose traumatique », qui sont en usage en médecine légale qu'on a créé celui de « syphilis traumatique ». Plusieurs interprétations en sont possibles.

En effet, un traumatisme peut créer, sur un individu jusque-là indemne de syphilis, une lésion susceptible d'être le point d'inoculation du tréponème. Ainsi prennent naissance, le plus souvent, les chancres professionnels extra-génitaux des médecins, des nourrices, des verriers, etc. Ces chancres et les syphilis qu'ils inaugurent sont donc d'origine traumatique. Ce n'est pas cela qui est envisagé ici.

Au contraire, un traumatisme, survenant chez un ancien syphilitique peut déterminer au point de son application l'apparition ultérieure d'une manifestation syphilitique.

Ce sont les faits de cette deuxième catégorie qu'on désigne sous le nom de Σ traumatique.

On pourrait donc définir la syphilis traumatique ainsi comprise « l'ensemble des manifestations syphilitiques survenues *chez un ancien syphilitique* à l'occasion d'un traumatisme et sous l'influence des deux causes, l'une primordiale, la syphilis, l'autre occasionnelle, le traumatisme.

Délimitation du sujet

Le traumatisme peut frapper tous les tissus — qui peuvent donc être tous, à priori, le siège de manifestations de syphilis traumatique.

Mais ce sont les téguments, les os et les articulations qui sont le plus exposés aux violences extérieures. Partant, la plupart des manifestations de syphilis traumatique sont cutanées, osseuses ou articulaires.

C'est à leur description que nous avons limité notre travail.

Nous avons donc laissé de côté les cas de syphilis traumatique viscérale. Cependant il existe des observations de syphilis testiculaire après traumatisme (Fournier et Goubeau), Gougerot et Clara ont publié, en 1916, un cas de syphilis traumatique du poumon.

De même, le traumatisme serait capable de déclencher une syphilis nerveuse P. G., par exemple,

et des traumas ont aggravé des tabès ou des P. G. (P. Kahn, P. G. et guerre, *Journal Méd. et Chir. Pratiq.*, 10 mars 1919). Cependant ces faits sont rares et peuvent prêter à discussion. C'est pourquoi nous les avons écartés de notre sujet, nous contentant de citer, à la Bibliopraphie, les ouvrages qui s'y rapportent.

CHAPITRE II

Historique

Les anciens auteurs, peu de temps après l'apparition de la syphilis, au seizième siècle, envisagèrent son influence sur les lésions traumatiques. « Ainsi, vers 1550, Amatus Lusitanus fait une opération du trépan sur un soldat soupçonné de syphilis. Il a soin de lui faire suivre un traitement au gaïac. Un siècle et demi plus tard, en 1697, Saviard opère un sujet syphilitique d'une fistule anale, mais il lui fait prendre en même temps du mercure pour combattre, dit-il, le virus vérolique qui ne manquerait pas de former un obstacle à la guérison » (L.-H. Petit, thèse Paris, 1875).

Mais c'est au dix-neuvième siècle que les médecins reconnurent au traumatisme, une influence sur la production des lésions syphilitiques. De cette époque datent donc les premières notions de ce qu'on appelle aujourd'hui la syphilis traumatique.

Ainsi Cazenace, en 1843, écrit, dans le « Traité des syphilides » (p. 165) : « Appliquez des sangsues chez certains individus atteints de syphilis, souvent les morsures se changent en autant de chancres... »; et plus loin : « La cause occasionnelle du développement des syphilides peut être une émotion morale vive, un coup, une plaie, un excès de boisson, une fatigue excessive, un bain de vapeur, l'application d'un vésicatoire. »

Donc, dès cette époque, des médecins savaient déjà que, chez un syphilitique, une lésion traumatique pouvait être le point de départ d'un accident syphilitique typique. Ils pensaient, en outre, que les plaies des syphilitiques, sans se transformer en ulcères spécifiques, néanmoins guérissaient mal, traînaient, se compliquaient. Une des conséquences de ces notions pouvait être l'abstention opératoire chez les syphilitiques. C'est pourquoi, en 1851, Ricord, réagissant contre cette opinion, disait à la Société de Chirurgie : « Non, le vénérien n'est pas une outre virulente qu'il suffit de piquer pour en faire sortir le virus qui doit ensuite spécifiquement corroder, ulcérer chancreusement l'ouverture qui lui a donné passage. On peut opérer et nous opérons tous les jours des individus affectés des divers symptômes de la syphilis, et nos opérations marchent comme dans les cas ordinaires ».

D'ailleurs, le plus grand nombre des chirurgiens se rangeaient à l'avis de Ricord : « La vérole consti-

tutionnelle n'empêche pas la réunion immédiate » (Thèse Drakaky, Paris, 1861).

C'est en 1863, que Verneuil fait ses premières communications au sujet des rapports des diathèses et du traumatisme. Il pense que non seulement la syphilis a une influence sur les lésions traumatiques, mais encore que le traumatisme peut réveiller la « diathèse » latente et faire naître soit des accidents locaux, soit des accidents à distance, soit des accidents généraux. En 10 ou 15 années il va apporter de nombreuses observations à l'appui de son opinion. Vers la même époque, Ambrosoli, en Italie, Zeissl, en Autriche, pensent aussi qu'il convient, avant d'opérer les syphilitiques, de combattre énergiquement leur diathèse.

Merkel, en 1871, publie trois observations à ce sujet, mais conclut, qu'en général la syphilis ne trouble par l'évolution des plaies, qu'elle peut cependant la troubler surtout si l'infection s'est produite peu de temps avant le traumatisme.

C'est en 1875, que paraît la thèse de L.-H. Petit, élève de Verneuil. En voici les conclusions dans les grandes lignes :

1° Si une plaie survient chez un syphilitique, elle peut ou prendre l'aspect syphilitique ou bien, sans prendre d'aspect spécifique, traîner et durer indéfiniment.

« 2° Un traumatisme survenant chez un syphilitique peut faire naître des accidents syphilitiques au point blessé ou en un point éloigné.

« 3° Chez des individus qui ont été blessés plus ou moins longtemps avant d'avoir la syphilis, celle-ci peut choisir, pour se manifester, les cicatrices (locus minoris resistentiæ).

« 4° Enfin des lésions traumatiques, survenant chez des syphilitiques, peuvent se compliquer de gangrène, de tétanos, d'érysipèle, d'infection, etc. »

Ces conclusions ne peuvent pas être toutes acceptées, mais un assez grand nombre de faits d'observation énoncés dans cette thèse sont superposables à des observations rigoureuses de syphilides traumatiques publiées depuis lors.

Et l'on trouve déjà, dans la thèse de L.-H. Petit, des syphilides provoquées par des vésicatoires, par des brûlures, par des traumatismes répétés, des syphilides survenant sur des cicatrices de traumas antérieurs à l'infection syphilitique.

Peu après la thèse de Petit, Berger, dans sa thèse d'agrégation (1875) : « De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques », écrivait, en se plaçant à un point de vue chirurgical : « La conduite du chirurgien vis-à-vis d'un syphilitique sera la suivante : 1° Intervenir toujours sans hésitation dans les opérations d'urgence; 2° Dans les autres, reculer l'intervention jusqu'à ce que le traitement ait fait disparaître toute manifestations syphilitique; 3° Dépister les syphilis latentes et les traiter avant l'opération surtout s'il s'agit d'une opération plastique.

A. Fournier, dont l'autorité était invoquée dans

cette thèse, écrivait dans son traité : « Parmi les causes extérieures susceptibles de servir d'incitation au tertiarisme... après le tabac... figure le traumatisme qui, d'une façon indiscutable, a servi maintes fois d'origine, de prétexte à des explosions tertiaires de modalités diverses et parfois des plus curieuses ».

Après en avoir rapporté plusieurs cas personnels et d'autres tirés des ouvrages de Cazenave et de la thèse de Petit, il concluait cependant : « On a fort exagéré la fréquence des retentissements possibles de la syphilis sur les traumatismes d'ordre quelconque. Certes, oui, ce retentissement peut se produire et je viens d'en citer des témoignages authentiques ; mais, en réalité, il ne se produit que de façon rare. Je l'ai vu faire défaut sur quantité de mes malades à propos d'accidents de tout ordre, légers ou moyens ou graves, voire très graves, tels que les suivants : blessures diverses, coups d'épée, coups de feu, fractures, fractures communicatives et exposées, luxations, amputations, kélotomies, etc., etc. La vérité donc, en l'espèce, est dans une juste mesure qui peut, je crois, se traduire ainsi : Possibilité indéniable pour une plaie quelconque, affectant un sujet syphilitique, de subir l'influence de la diathèse et de dégénérer en une plaie syphilitique, mais rareté de telles dégénérescences » (Fournier, Traité de la syphilis, T. 2, F. D).

En dehors des opinions que nous venons de résumer, les articles qui ont trait à notre sujet, à la fin du XIX[e] siècle et au début du XX[e], ne font pas avan-

cer la question. Ils confirment les notions acquises Piqué, Ozenne, Chaleix, Deforge, Dreyer, Haan, Malecot, etc., etc.).

La loi de 1898 sur les accidents du travail vient donner à la question de la syphilis traumatique un intérêt nouveau. M. Milian, en 1908 (*Progrès Médical*, Syphilis et Accidents du Travail) est un des premiers à insister sur ce point.

La guerre donne aux médecins l'occasion d'observer plus souvent des cas de syphilis traumatique.

De 1916 à 1925 de nombreux travaux voient le jour à ce propos. Citons dans l'ordre ceux de Bory, Gougerot et Clara, Chaput, Goubeau, Cl. Simon, Lacapère et Laurent, Lapointe et Marbais, A. Broca, Railliet, etc., etc., en France. Et à l'étranger : Vignolo, Lutati, Pasini, V. Barbaglia, Klauder, Lenzmann, etc., etc.

Les observations de ces dix dernières années sont plus rigoureuses. M. Cl. Simon et Mme M. July ont fait remarquer que la découverte du tréponème, de la réaction de Bordet-Wassermann, ont rendu les erreurs de diagnostic moins fréquentes. Cependant ces observations confirment, sur plus d'un point, les opinions anciennes, en particulier celles de Fournier.

Lacapère et Laurent, José May, Railliet ont insisté sur l'influence des petits traumatismes répétés, notion ancienne déjà signalée, mais à qui ces travaux modernes ont seulement donné toute son importance.

Au début de cette année, M. Milian a présenté a la Société de Dermatologie plusieurs cas de syphilis traumatique dont quelques-uns, particulièrement intéressants, sont survenus en période secondaire de la syphilis et sous l'influence de petits traumatismes.

Dans la discussion qui suivit ces présentations, feu M. Thibierge se montra sceptique sur l'existence des syphilides traumatiques tégumentaires.

Voici son opinion qu'il avait déjà exposée dans la *Gazette des Hôpitaux* (janvier 1925).

Il ne croyait pas qu'un traumatisme unique de la peau pût occasionner une syphilide cutanée. A son avis, les observations qui en avaient été publiées étaient des erreurs de diagnostic (pyodermites, ecthyma, lésions banales de forme ronde souvent provoquées). Par contre, il admettait que des petits traumatismes répétés pussent être la cause d'apparition aux points souvent traumatisés de lésions syphilitiques (Faits de Lacapère et Laurent, Railliet, Klauder). Mais, dans ces cas, les lésions cutanées ont souvent succédé à d'autres lésions syphilitiques du périoste, les lésions périostées s'étant propagées à la peau. Il ne s'agirait donc pas de lésions exclusivement tégumentaires. M. Thibierge admettait donc l'existence des lésions syphilitiques post-traumatiques des os, et, pour les lésions tégumentaires succédant à un trauma unique, il disait n'en avoir jamais observé d'authentique sans toutefois les nier absolument.

CHAPITRE III

Etiologie de la syphilis traumatique

Deux facteurs doivent être envisagés dans cette étiologie : le traumatisme, la syphilis.

I. Le traumatisme

Pour la définition et l'explication du traumatisme, nous nous sommes reportés aux traités de pathologie externe et au précis de médecine légale du professeur Balthazard.

Le mot traumatisme est employé dans le sens de « trauma », qui signifie plaie, blessure.

On appelle lésion traumatique « les désordres *accidentellement* produits par des agents vulnérants ou par un acte physiologique exagéré » (Verneuil).

Ces agents vulnérants sont des agents mécaniques, physiques ou chimiques.

Au point où ils ont été appliqués, ils déterminent l'attrition, la dislocation, la destruction même des éléments anatomiques (Pr Balthazard).

Les agents vulnérants mécaniques sont les projectiles, les instruments piquants ou coupants, bâtons, pierres, roues de voiture, etc.

Les agents physiques : le feu, le froid.

Les traumatismes ne sont pas seulement accidentels. Il en est d'ordre thérapeutique : plaies opératoires, cautérisations, révulsions.

De même, les tatouages sont des traumatismes par piqûre, minimes il est vrai, mais il est difficile de dire exactement où finit le traumatisme.

Dans l'application des lois de 1898, on donne à l'accident du travail un sens plus étroit : « C'est, dit Thoinot, un fait anormal résultant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure physique, au cours du travail ». Seules, les lésions traumatiques résultant d'un pareil événement doivent entrer en considération dans l'étiologie de la syphilis traumatique des accidents du travail.

Le traumatisme étant défini d'une manière générale, voici quelles sont les variétés particulières qu'on en rencontre dans l'étiologie de la syphilis traumatique :

1° *Des traumas uniques et violents*, par des agents vulnérants mécaniques le plus souvent (coups, chutes, etc..) et par des agents physiques ou chimiques (brûlures) ;

2° *Des traumas uniques, mais légers ;*

a) Dus aux mêmes agents appliqués avec moins de violence : écorchures, tatouages.

b) Ou d'ordre thérapeutique :
Ventouses ;
Vésicatoires ;
Injections médicamenteuses (?).

3° *Des traumas légers, mais* RÉPÉTÉS;

(Facteurs étiologiques importants dans les manifestations de la syphilis traumatique) ;
Traumatismes professionnels ;
Gestes rituels, tics.

En conclusion, les lésions traumatiques qui peuvent donner naissance à une manifestation de syphilis sont d'une grande variété, tant au point de vue de la nature de l'agent vulnérant que de la violence de son application.

Mais, répétons-le, en matière d'accident du travail, il faut que la lésion traumatique soit la conséquence d'un « accident », c'est-à-dire d'un « fait anormal résultant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure physique au cours du travail ».

Ainsi donc, parmi les manifestations de la syphilis traumatique, les unes succèdent à de véritables accidents, qu'ils soient ou non accidents du travail ;

les autres succèdent à des traumatismes légers, répétés ou non, et même à des traumatismes thérapeutiques. Mais toutes ces manifestations n'en font pas moins partie de la syphilis traumatique telle que nous l'avons définie, puisqu'elles ont pour cause occasionnelle un traumatisme.

Ce traumatisme survient chez un sujet déjà syphilitique et la lésion qu'il détermine prend dans un délai variable les caractères d'une lésion syphilitique.

Dans d'autres cas, le traumatisme fut antérieur à la syphilis. Plus tard, la syphilis contractée, il peut se développer sur la cicatrice de la lésion traumatique une lésion syphilitique.

Il s'agit bien encore, dans ce cas, d'une syphilis traumatique. Car il y a des raisons de croire que le mécanisme de production des lésions syphilitiques en un point traumatisé est le même dans les 2 cas, que la lésion traumatique soit antérieure ou postérieure à l'injection syphilitique.

Cependant, au point de vue médico-légal, est-il dans l'esprit de la loi de faire rapporter à un accident une lésion qui n'est survenue que longtemps après et du fait d'un facteur nouveau, en l'espèce l'infection syphilitique postérieure à l'accident ?

II. La syphilis

On n'observe pas de « syphilis traumatique » à toutes les périodes de la syphilis.

1° *Période primaire.*

Il n'existe pas d'observation de syphilis traumatique à la période primaire. Et à ce sujet, il est intéressant de rappeler que la plaie opératoire, résultant de l'excision des chancres, était suivie dans la majorité des cas d'une cicatrisation par première intention.

2° *Période secondaire.*

La syphilis traumatique s'observe au cours de la période secondaire. Il nous semble qu'on peut en évaluer la fréquence à 10 ou 15 pour 100 de la totalité des cas.

Comme on le verra au cours de l'étude clinique de la syphilis traumatique, ses manifestations sont du type de la période de la syphilis à laquelle elles surviennent.

En général, dans la Période secondaire, les signes de syphilis sont évidents et la manifestation de syphilis traumatique n'est qu'un épiphénomène au milieu du cortège des autres symptômes.

3° *Période tertiaire.*

La syphilis traumatique s'observe surtout à la Période tertiaire. 75 à 80 pour 100 environ des observations que nous avons lues se rapportent à cette période.

Le plus souvent la lésion d'origine traumatique est le seul accident syphilitique apparent. Les autres stigmates de la syphilis doivent être recherchés.

De plus, il n'est pas rare que le traumatisme déclenche la première manifestation d'une syphilis méconnue et on conçoit l'intérêt de cette notion, surtout en matière d'accident de travail.

4° *Syphilis héréditaire.*

Dans quelques observations l'hérédo-syphilis est en cause.

CHAPITRE IV

Etude clinique

Syphilis traumatique à la période secondaire

Les syphilides traumatiques sont rares à la période secondaire. Cependant, il en existe une quinzaine d'observations dans la littérature et M. Milian a pu en observer 2 cas dans son service en moins d'un an.

Elles sont, avant tout, localisées aux téguments.

On sait que Tarnowsky, en 1877, dit avoir provoqué des syphilides secondaires par irritation ou cautérisation des téguments de syphilitiques. Ces expériences n'ont pu, du reste, être reproduites.

Cependant ces faits peuvent s'observer. Le 5 mai 1926, MM. Milian et Perin, ont présenté à la Société de Dermatologie, un homme de 68 ans *qui, en pleine éruption secondaire*, s'était fait appliquer des ventouses dans le dos. A l'emplacement de chaque ventouse, l'éruption papuleuse était sortie avec une

intensité formidable. Tandis que les papules du corps avaient la dimension d'une tête d'épingle à un grain de millet, celles qu'on trouvait au point d'application des ventouses avaient la largeur d'une lentille à une pièce de un franc. De même les éléments de l'éruption au niveau des ventouses étaient plus nombreux, plus serrés, plus élevés que sur le reste du corps.

D'ailleurs, suivant M. Sabouraud, l'action déterminante d'un traumatisme sur la localisation de l'exanthème au cours d'une septicémie est d'observation banale. Il a observé le cas d'un enfant de 10 ans, pris d'une varicelle, le soir même d'une forte course de bicyclette. L'éruption, très discrète ailleurs, était confluente sur le siège et dessinait la forme même de la selle (*Bulletin Soc. D. et S.*, 5 mai 1926, p. 375).

Les deux observations n^os^ I et II sont du même ordre et démontrent l'influence de traumatismes légers sur la localisation des syphilides secondaires (Voir observations).

Dans ces deux cas celles-ci étaient confluentes sur des cicatrices récentes.

De même, les tatouages comme les cicatrices de vaccin ont pu servir de point d'appel à des syphilides chez des sujets qui étaient en période secondaire de syphilis. Dans certains cas, les malades s'étaient fait tatouer 3 semaines avant l'apparition de l'éruption secondaire ; dans d'autres cas les tatouages étaient antérieurs à la contamination syphi-

litique (Lipschutz, Bernheim et Gluck, Aoki, W. Holland).

Le professeur Dohi (Tokio) a rapporté l'observation d'un syphilitique secondaire dont le corps était agrémenté de dessins tatoués en bleu, noir et rouge. Le tatouage datait de six ans. L'éruption de papules syphilitiques était surtout accusée à son niveau. Seules les parties tatouées en rouge (par le cinabre) furent indemnes et, pour le professeur Dohi, c'est la minime quantité de mercure déposée aux points tatoués par le cinabre qui a empêché la prolifération des spirochètes en ces points.

Mais voici des faits qui constituent vraiment des syphilides traumatiques de la période secondaire.

M. Milian a observé, dans son service, et présenté à la Soc. de Derm. une malade qui, au début d'une syphilis secondaire, reçut sur la face interne de la jambe droite, au niveau d'une cicatrice opératoire datant de l'enfance, un coup de pied violent. La plaie linéaire qui en résulta se transforma peu à peu en une ulcération arrondie de la surface d'une pièce de 2 francs, ayant les caractères d'une ulcération syphilitique. A côté de celle-ci apparut environ 1 semaine (?) après le traumatisme une autre ulcération. Au 13 avril 1926 cette malade présentait donc, sur la face interne de la jambe droite au 1/3 moyen, deux ulcérations, l'une ronde de 1 cm. de diamètre, l'autre ovalaire de 3 cm. × 1 cm. $\frac{1}{2}$, à bord nets, taillés à pic et dont le fond était constitué par de l'os sec dénudé. Pas de tuméfaction osseuse sous-jacente.

Après 4 piqûres d'huile grise les 2 ulcérations étaient réduites de moitié.

Les os peuvent être aussi le siège de manifestations de syphilis traumatique au cours de la Σ secondaire.

La lésion osseuse s'accompagne ou non de lésions tégumentaires.

Pasini a rapporté un cas *d'ostéopériostite* de la bosse frontale gauche consécutive à un traumatisme local et survenue au cours d'une syphilis secondaire chez un malade présentant encore des plaques muqueuses (V. obs. III).

Le même auteur a publié une observation d'ostéopériostite gommeuse ulcérée au niveau d'un cal osseux tibio-péronier. La fracture avait précédé de plusieurs années l'infection syphilitique.

(Pasini, Giornale ital. d. mal. vener. et d. pelle., 1921. Analysé et commenté par Cl. Simon).

En résumé, il a été publié des observations de Σ traumatique des téguments, des os survenus à la Période secondaire.

Ces lésions cutanées et osseuses peuvent s'observer isolées ou coexistantes.

Elles sont survenues après des traumatismes uniques et violents (V. observ.).

Dans 1 cas l'infection syphilitique était postérieure au traumatisme. C'est au niveau d'un cal de fracture que s'est localisé un accident spécifique.

En outre, des irritations minimes, tatouages, ventouses peuvent provoquer, au cours de la Σ secondaire, une localisation élective de syphilides papuleuses aux points « irrités ». Dans d'autres cas, l'éruption syphilitique secondaire est plus accusée sur des cicatrices : cicatrices récentes de vaccin, cicatrices de petites plaies ou d'écorchures.

Tous ces faits qui montrent le rapport entre un traumatisme minime et la localisation d'une éruption, sont particuliers à la Σ secondaire.

Signalons qu'il n'est pas habituel d'observer dans la Σ secondaire des lésions ulcéreuses profondes (cas Milian), de l'ostéopériostite suppurée (Pasini). Ces lésions s'écartent un peu du type secondaire. Au contraire, dans les observations I et II les lésions tégumentaires, causées par des traumatismes insignifiants, ne différaient des lésions contemporaines que par leur nombre et leurs dimensions.

Syphilis traumatique à la période tertiaire

Nous divisons ce chapitre en 3 grands paragraphes :

I. Manifestations cutanées.
II. — osseuses.
III. — articulaires.

I

Manifestations cutanées

Elles se subdivisent en M. hypodermiques et M. dermiques.

A. *Hypodermiques.*

Ce sont des gommes ou des syphilides ulcéro-gommeuses. Ces gommes peuvent survenir :

a. Soit après des traumas uniques et violents (coup, chute, plaie par balle, etc.).

b. Soit après des petits traumatismes répétés. Ces deux catégories a b comprennent les vraies gommes post-traumatiques. Nous en rapprochons :

c. Les gommes survenues aux points d'injections de sels insolubles médicamenteux.

a) Des cas de gommes survenues à la suite de traumatismes uniques et violents, aux points traumatisés, ont été publiés par les anciens auteurs (Verneuil,

L.-H Petit, Fournier, etc., et plus près de nous par Milian, Gougerot et Clara, Vignol, Lutati, etc.).

Les cas les plus nets sont ceux qu'on a observés pendant la guerre : Des blessés ont présenté, au siège d'une plaie, soit pendant la cicatrisation, soit 2 et 3 mois après la cicatrisation, des gommes syphilitiques évoluant vers l'ulcération et dont la guérison fut obtenue par le traitement anti-syphilitique.

Les caractères cliniques des lésions, la séro-réaction de B.-W. souvent positive, les antécédents des malades, la guérison par le traitement sont des preuves solides, qu'on trouve dans beaucoup de ces observations, en faveur de la nature des accidents observés. (V. Obs. n° IV).

Beaucoup de gommes ou d'ulcères gomniformes des téguments surviennent à la suite de contusions ou de plaies ayant intéressé l'os sous-jacent. Mais souvent c'est la lésion cutanée qui est la plus importante. Enfin les observations ne sont pas rares dans lesquelles ni l'observation clinique ni l'examen radiologique ne décèlent de lésions osseuses concomitantes.

Les lésions syphilitiques gommeuses ulcérées consécutives à des traumatismes uniques et violents, sont nombreuses dans la littérature médicale. On en trouve dans la thèse de L.-H. Petit. Toutes, d'ailleurs, n'ont pas la même valeur. M. Milian en a rapporté une observation en 1908 (*Progrès Médical*, p. 481). Dans ce cas, la Σ était ignorée du malade et la lésion traumatique est venue la révéler. Ce sont

ces cas qui font tout l'intérêt de la question surtout, comme y a insisté notre maître dès 1908, lorsqu'il s'agit d'accidents de travail (obs. Milian, n° V).

b) Les gommes de la peau peuvent reconnaître pour cause localisatrice des petits traumatismes répétés.

C'est surtout le travail de Lacapère et Laurent (*Paris Médical*, 1918) qui est venu nous documenter sur ce point. Mais on trouve déjà une observation d'un fait de cette catégorie dans la thèse de L.-H. Petit.

Lacapère et Laurent ont été frappés de la fréquence des gommes médio-frontales chez les Marocains. Celle-ci est due aux traumatismes répétés que s'infligent les croyants en se frappant le front sur le tapis de la mosquée au cours des 5 prières rituelles de la journée.

Les femmes, protégées par le voile et d'ailleurs rarement admises à la mosquée, en sont indemnes.

Dans tous ces cas, le périoste sous-jacent est le siège d'une inflammation étendue, mais jamais on n'observe de perforation de l'os.

Klauder rapporte aussi l'observation d'un employé de chemin de fer qui, dans son travail, heurtait chaque jour le bras contre la paroi des wagons. Au point contusionné apparut une ulcération qui guérit rapidement par le traitement arsenical. Le Wassermann était positif (Σ and Trauma. *J. Am. Méd.* Ass. LXXVIII, 1922).

c) Les faits de la catégorie a sont indiscutablement de la syphilis traumatique. Leur existence a

des conséquences médico-légales. Les faits de la catégorie b sont également de la Σ traumatique, mais n'ont plus d'intérêt au point de vue médico-légal. Ceux que nous allons maintenant étudier ne sont à rapprocher des précédents que parce qu'ils ont, à notre avis, la même pathogénie. Mais le traumatisme minime qui est leur cause occasionnelle est d'ordre thérapeutique.

A la suite d'injections de sels médicamenteux insolubles (calomel en particulier), ou à la suite de piqûres de morphine, etc., on a observé, aux points d'injections, des gommes qui avaient tous les caractères de gommes syphilitiques et qui ne guérirent que sous l'influence du traitement spécifique. (Fournier, Mibelli, Juliusberg, Gougerot, Pasini, Vittorio, Barbaglia). V. Obs. n° VI.

M. Cl. Simon hésite à reconnaître qu'il s'agit bien de lésions syphilitiques. Il écrit : « Les abcès, les nécroses locales ne sont pas rares à la suite d'injections de sels insolubles, et, une fois ouverts, ils peuvent simuler des gommes », et plus loin : « Sans doute, les auteurs font-ils l'épreuve du traitement. Peut-être sommes-nous trop sévères ». Nous ne partageons pas cette sévérité pour les raisons suivantes :

1° Les abcès et les nécroses, à la suite d'injections, se manifestent dans un délai qui, en général, se chiffre par semaines ou par mois. Et nous voyons, en particulier dans les observations de Pasini, de

Barbaglia, que les gommes sont apparues 4, 6 et 9 ans après les injections ;

2° Les abcès et nécroses s'accompagnent de douleur, rougeur, etc., tous phénomènes inflammatoires qui font défaut dans les observations citées (Voir en particulier Obs. n° VI) ;

3° L'épreuve du traitement, sur des lésions qui, au dire des auteurs, n'avaient aucune tendance à la guérison, nous semble une preuve de grande valeur en faveur de la nature syphilitique de ces lésions.

B. *Lésions dermiques.*

Les manifestations tertiaires de la syphilis traumatique peuvent consister en lésions dermiques. Celles-ci sont beaucoup plus rares que les gommes. Ce sont :

Des syphilides ulcéreuses ;
Des syphilides tuberculeuses ;
Des syphilides tuberculo-croûteuses.

On trouve dans la thèse de L.-H. Petit l'histoire d'un vieillard, ancien syphilitique, qui, à la suite d'une luxation de l'épaule, fut affligé d'un « rupia syphilitique de la région dertoïdienne. Cette observation est citée dans Fournier (Traité de la syphilis, tome II, fasc. I).

MM. Gougerot et Clara, Cl. Simon ont également rapporté des observations du même ordre. Les premiers ont vu une syphilide ulcéreuse circinée ap-

paraître au-dessous d'une cicatrice de blessure par éclat d'obus siégeant dans la région occipitale. La syphilide était apparue 3 mois après la blessure. Wassermann positif. Guérison en 12 jours par le galyl.

Cl. Simon a rapporté (*Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, 10 février 1921, p. 82) une observation qui, pour plus d'une raison, est d'un haut intérêt.

Il s'agit d'un soldat qui avait reçu une blessure par balle. Cette blessure avait intéressé le cubitus. Il se développa sur la cicatrice de cette blessure une syphilide tuberculo-croûteuse typique (Voir Obs. n° VII...) Le Wassermann était positif. La guérison fut rapide sous l'influence du traitement.

Remarquons que, dans ces 3 cas, l'os sous-jacent avait été traumatisé. Et ce point est pour M. Cl. Simon d'une importance capitale (V. Pathogénie).

II. Manifestations osseuses

Tous les auteurs admettent aujourd'hui l'existence de lésions osseuses syphilitiques dont le point de départ fut un trauma. En effet, elles sont parmi les plus fréquentes et les plus évidentes.

On les a signalées depuis fort longtemps.

Elles consistent en :

Ostéopériostites ;
Gommes ;
Périostoses, Exostoses.

Celles-ci reconnaissent souvent pour cause de petits traumatismes répétés ; les autres, au contraire, sont souvent la conséquence de traumas violents et uniques, ayant quelquefois occasionné une fracture. Les vices de consolidation des fractures chez les syphilitiques sont connus de longue date.

On trouve des observations *d'ostéo-périostite syphylitique* post-traumatique dans la thèse de L.-H. Petit, dans Fournier. M. Milian en a rapporté plusieurs observations, et au cours de la guerre Gougerot et Clara, Pasini, etc., etc.

A la suite d'un coup portant souvent *sur les tibias*, on voit se développer 3 semaines ou 1 mois après une tuméfaction ostéopériostée diffuse qui, rarement, s'ouvre à la peau.

Il peut y avoir une lésion cutanée concomitante. Elle peut aussi succéder à une lésion osseuse évoluant vers la peau.

Nous rapportons une observation de ces faits (V. Obs. VIII). On en trouvera d'autres dans l'ouvrage de M. Cl. Simon (Q. act. de syphiligraphie).

Les gommes osseuses post-traumatiques sont des manifestations voisines des précédentes. M. Gougerot en a observé récemment un cas typique (*Revue Française Dermat. et Vénéreol.*, mai 1926).

Chez un Σ ancien (Pseudo P. G.), trois semaines après un traumatisme de l'épaule, apparut une infiltration profonde de la région traumatisée. La radiographie montra un large foyer de fonte os-

seuse développée sur la grosse tubérosité et de 2 cm. de diamètre.

En un mois, sous l'influence du traitement spécifique la guérison fut obtenue. Elle fut contrôlée radiographiquement.

Des gommes osseuses peuvent encore apparaître en un point fracturé. Le traitement hâte la consolidation de la fracture (Milian, Gougerot et Clara, Toussaint, Thibierge).

Souvent la fracture d'un syphilitique consolide normalement. C'est plus tard qu'au niveau du cal (locus minoris resistentiæ) peut se localiser une gomme.

Les *ostéopériostites gommeuses avec ouverture à la peau* ont été également observées. Tel le cas de Cipolla (*Riforma Medica*, n° 1, 1909) concernant une ostéopériostite gommeuse de la région nasale avec destruction. La lésion avait été provoquée par un traumatisme.

Périostoses et Exostoses syphilitiques post-traumatiques sont également fréquentes à la Période Tertiaire. On en trouve des exemples nombreux dans Fournier. L.-H. Petit et plus récemment Milian, Raillliet, Gougerot, tc., en ont publié des observations.

Signalons que souvent ces périostoses torpides reconnaissent pour cause de petits traumatismes répétés (Raillet, Lacapère et Laurent) V. obs. IX.

Toutes les lésions osseuses que nous venons de classer peuvent s'accompagner de lésions cutanées

sus-jacentes : ulcérations en général. Et Cl. Simon fait même remarquer « combien sont rares les faits bien observés, de lésions ostéo-articulaires syphilitiques post-traumatiques sans syphilides cutanées », contrairement à l'opinion classique qui veut qu'elles soient fréquentes.

Il nous reste à noter que M. OEttinger a publié une observation d'ostéopathie localisée, à type d'ostéite de Paget, consécutive à un traumatisme chez un syphilitique (*Bull. Soc. de Méd. Lég. de France*, 1921, p. 99-105). Pour Broca cette lésion était plutôt une ostéo-périostite gommeuse avec grosse périostose.

III. Manifestations Articulaires

Certains auteurs font les plus grandes réserves sur l'existence des manifestations articulaires de la syphilis traumatique.

Or, A. Broca (*Soc. Méd. Légale*, oct. 1921, p. 139) a rapporté 18 observations d'arthrites syphilo-traumatiques du genou, suivant son expression.

Voici les arguments qui sont en faveur de l'étiologie mixte de ces arthrites : traumatisme déclenchant une arthrite syphilitique chez un ancien syphilitique :

1° Les commémoratifs certains du traumatisme ;

2° Cliniquement, il s'agit *d'hydarthroses* chroniques *indolentes*, permettant des mouvements assez

étendus, d'une évolution torpide, s'accompagnant d'atrophie musculaire modérée;

3° Le Bordet-Wassermann est positif (9 fois sur 18);

4° Ces arthrites guérissent ou s'améliorent par le traitement spécifique.

Nous avons trouvé dans la littérature l'observation d'une arthrite scapulo-humérale post-traumatique dans laquelle on retrouve tous les caractères que nous venons d'énumérer. Dans ce cas, il s'agissait d'un accident du travail et les experts commis conclurent à la nature syphilitique de l'arthrite (V. Obs. n° X).

Ce faisceau de preuves :

Antécédents prouvés de traumatisme;

Développement d'une arthrite dans les semaines qui succèdent ;

Caractères cliniques déjà dits ;

Guérison par le traitement spécifique.

Ce faisceau nous semble une garantie suffisante de l'existence des arthrites syphilo-traumatiques.

Une seule réserve est à faire. Peut-on être sûr qu'au moment du traumatisme l'arthrite syphilitique n'existait pas? Dans ce cas, le traumatisme viendrait seulement aggraver la lésion.

Traumatisme et syphilis héréditaire

L'hérédo-syphilis tardive a bien des points de ressemblance avec la syphilis tertiaire. Rien d'étonnant à ce que les traumatismes, frappant un hérédo-syphilitique, puissent être l'occasion d'accidents en tout superposables à ceux que nous avons vus dans la syphilis tertiaire. En voici quelques exemples :

MM. Milian et Lotte ont présenté à la Société de Dermatologie un homme atteint de syphilis ulcéro-gommeuse de la jambe. Cette lésion était survenue après un traumatisme. Nous relatons, plus loin, l'observation complète (obs. n° XI).

Notons ici que, chez ce blessé, il n'y avait point de lésions osseuses sous-jacentes ni cliniquement ni radiologiquement.

J. Garrido Lestaché (*Pediatria Espanola*, février 1921), rapporte l'histoire d'un enfant hérédo-syphilitique qui présenta des abcès (?) multiples du cuir chevelu à la suite d'une blessure de la région occipitale. Le B.-W. était positif. La guérison fut obtenue rapidement par le traitement spécifique.

M. Coutela (XI[e] Congrès Médecine Légale, 29 mai 1926), a signalé le cas suivant : une enfant de 12 ans fait une chute qui provoque une plaie superficielle de la région prérotulienne. Quelque temps après apparaît une hydarthrose du genou, qui, étant donné

sa persistance insolite, fait penser à la tuberculose. Mais, trois mois après le début des accidents, la fillette présentant des troubles oculaires, l'auteur constata une kératite interstitielle typique. Le B.-W. du sang était positif. Tous les accidents cédèrent au traitement spécifique. Il s'agissait donc bien, pour M. Coutela, d'une arthrite syphilitique à l'occasion d'un traumatisme.

CHAPITRE V

Influence de la syphilis sur l'évolution des lésions traumatiques sans lésions spécifiques

Les anciens auteurs (Verneuil et son école) étaient persuadés de l'influence fâcheuse de la syphilis sur l'évolution des plaies, quelles qu'elles fussent. Dans sa thèse L.-H. Petit impute à la syphilis des méfaits tels que : infection secondaire, gangrène des plaies, tétanos.

Cependant, avant et pendant cette époque, certains auteurs, avec Ricord, étaient convaincus de l'exagération d'une telle doctrine. Fournier, dont nous avons cité l'opinion à ce sujet, Berger étaient d'opinion plus modérée.

Pendant la guerre Chaput, Bory, Toussaint, ont rapporté des observations de plaies qui traînaient, se compliquaient, sans toutefois présenter de lésions syphilitiques, et que le traitement spécifique amélio-

rait et guérissait. On doit reconnaître que ces observations sont loin d'être rigoureuses, ainsi que l'a fait observer M. Cl. Simon et que celles qui sont dignes de crédit sont d'une extrême rareté. M. Darier a pu dire, à ce sujet, à la Société de Dermatologie, 10 février 1921 : « Je n'ai pas noté, pendant la guerre, une influence appréciable de la syphilis sur l'évolution des plaies. »

Récemment, MM. William, C. Menninger et Topeka, en Amérique, dans un travail sur « la cicatrisation des plaies chez les syphilitiques » ont conclu que la syphilis pouvait retarder la guérison des plaies d'origine traumatique. 7 de leurs malades sur 22 (tous avaient un Wassermann positif), présentaient des plaies opératoires qui guérirent lentement, mais le traitement fut peu efficace. Ils concluent, néanmoins, à l'influence de la syphilis sur la cicatrisation des plaies sans qu'on sache si c'est par action directe ou en favorisant l'infection secondaire (*Am. Journ. of syphilis*, 1925, n° 3).

Enfin, il semble acquis que les fractures chez les syphilitiques peuvent, sans qu'il y ait de gommes de l'os, se consolider lentement. Dans ces cas, observés pendant la guerre, un traitement antisyphilitique a pu hâter la guérison (Thibierge).

CHAPITRE VI

Traumatisme et accidents syphilitiques à distance
Traumatisme et séro-réaction

Nous n'avons pas rencontré d'observation satisfaisante d'accidents généraux syphilitiques ni d'accidents à distance provoqués par un traumatisme. Verneuil était convaincu qu'un traumatisme pouvait déclencher des éruptions généralisées, des hémorragies cérébrales, des gommes du cerveau. Les observations de ces faits ne sont pas très rigoureuses. Leur existence n'est donc pas prouvée.

Mais nous devons signaler deux observations de Klauder (*J. of. Amer. Méd. Ass.*, 8 avril 1922). Elles prouveraient qu'une réaction de Wassermann négative peut devenir positive après un traumatisme. De même, dans une observation fort curieuse, des Professeurs Gaudier et Minet, de Lille (*Le Médecin Français*, 1924) il est signalé qu'un Wassermann,

négatif avant une intervention chirurgicale portant sur une gomme du cerveau, devint positif après l'opération. Cette notion vérifie les idées de M. Milian sur la réactivation du Wassermann. Celle-ci n'est pas seulement produite par les médicaments spécifiques à petites doses, mais elle peut reconnaître encore d'autres facteurs tels que maladies infectieuses, herpès, chancre mou, traumatisme enfin.

Et c'est pour cette raison qu'il se pourrait qu'un traumatisme puisse aussi provoquer des accidents syphilitiques généraux ou à distance.

CHAPITRE VII

Diagnostic

Pour qu'il y ait syphilis traumatique, 2 facteurs doivent entrer en jeu : le traumatisme, la syphilis.

A. Le traumatisme, quelle que soit sa variété, est quelquefois prouvé et patent. Dans d'autres cas il faut se défier des dires du blessé, surtout s'il s'agit d'un accident du travail.

Ce traumatisme, nous l'avons vu, peut être très ancien. Mais il faut qu'il s'écoule un intervalle minimum de 10 à 12 jours entre le trauma et l'apparition des caractères syphilitiques de la lésion, pour qu'on puisse parler de syphilis traumatique.

Ce délai peut être variable suivant la lésion produite : papules, ulcérations secondaires, gommes.

Enfin, il doit exister un certain rapport entre l'intensité du trauma et l'importance de la lésion syphilitique, car « il est difficile d'admettre qu'une éraflure, une contusion légère, soient responsables du dé-

veloppement d'une gomme » (Pr G. Thibierge, *Gaz. Hôp.*, janv. 1925).

C'est « in situ » à l'endroit exact du traumatisme que se manifeste la syphilis traumatique dans la grande majorité des cas.

B. La part DE LA SYPHILIS est démontrée :

1° par les caractères cliniques de la lésion ;
2° par les antécédents personnels du malade ;
3° Par les examens de laboratoire ;
4° par l'épreuve du traitement.

1° *Les caractères cliniques* de la syphilide traumatique sont les éléments *principaux* du diagnostic — car les lésions non spécifiques post-traumatiques sont extrêmement rares.

Il faut donc que la manifestation suspectée d'être une syphilide traumatique ait des caractères spécifiques nets. Ceux-ci sont variables suivant la période de la syphilis à laquelle se trouve le blessé. Le plus souvent il s'agit de lésions tertiaires ulcéreuses : lésions groupées, à contours polycycliques, à bords abrupts, à fond bourbillonneur.

2° et 3° L'étude des antécédents, les recherches de laboratoire (Bordet-Wassermann, etc.) ne peuvent que rendre plausible un diagnostic déjà fait. Positifs ils ont leur importance et même, en pratique, peuvent quelquefois mettre sur la voie du diagnostic. Toutefois, ils sont aussi des causes d'erreur puisqu'ils incitent à imputer à la syphilis des lésions qui

peuvent être purement traumatiques. Quant au Wassermann négatif, à l'absence d'antécédents, ils n'ont aucune valeur en présence d'une lésion dont les caractères cliniques sont indubitables. Et ce n'est pas ici le lieu d'insister sur la fréquence des Wassermann négatifs chez les vieux syphilitiques et sur la fréquence, non moins grande, des syphilis ignorées ou même occultes.

4° Le traitement spécifique est un argument plus probant que les antécédents syphilitiques et le Bordet-Wassermann positif. En matière de syphilis traumatique il semble juste de reconnaître à son efficacité une valeur diagnostique. En effet, voici une plaie, succédant à un accident, mais de caractères syphilitiques, et qui, malgré le traitement habituel des lésions traumatiques, traîne depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois. On entreprend une cure de 914 ou d'huile grise. Dès la première injection elle se transforme et évolue vers la guérison. C'est dans un cas pareil qu'il faut donner au vieil adage : « Naturam morborum curationes ostendunt » une valeur qui, dans beaucoup d'autres cas, reste essentiellement discutable.

Quelles sont les erreurs de diagnostic à éviter?

1° La lésion — surement syphilitique — n'a aucun rapport le traumatisme.

Il s'agit d'une lésion syphilitique chez un syphilitique avéré ou non. Mais le traumatisme est invoqué à tort. Cela est assez fréquent, car les malades ont

une tendance naturelle à invoquer un « accident », à plus forte raison s'il s'agit d'un accident du travail. Nous reproduisons (obs. n° XII) l'histoire d'un malade examiné par M. Milian et déjà publiée dans le *Progrès Médical* du 30 octobre 1908. Elle est le type des pseudo syphilis traumatiques de cette catégorie.

Ou bien il y a eu traumatisme, mais l'accident syphilitique qu'on lui impute s'est développé plus ou moins loin du point traumatisé, et dans ce cas le rapport entre le traumatisme et la lésion spécifique n'est pas prouvé. Il s'agit sans doute d'une coïncidence.

2° La lésion, survenue après un traumatisme avéré, n'a aucun rapport avec une syphilis.

Il s'agit souvent dans ces cas d'ulcérations « syphiloïdes » à tracés plus ou moins curvilignes ou polycycliques, à bords adhérents, à fond torpide (Gougerot).

Dans ces cas, le diagnostic peut être parfois impossible. C'est alors qu'on ne peut pas négliger les renseignements fournis par l'examen général du malade, la recherche des antécédents, du Bordet-Wassermann, etc.

Parmi les affections pouvant revêtir des caractères syphiloïdes, on doit citer :

Les ulcérations streptococciques (ecthyma) ;

La tuberculose cutanée,

Et les ulcérations provoquées et entretenues par les simulateurs (Gougerot, Thibierge).

Dans tous ces cas, le traitement antisyphilitique échoue. Et cet échec, pour les raisons que nous avons déjà dites, a une grande valeur diagnostique.

En conclusion, qu'il s'agisse d'un accident du travail ou non, le diagnostic de « syphilis traumatique » ne peut être porté de façon ferme qu'après une enquête clinique renforcée des recherches de laboratoire. Cette enquête établira de façon sûre :

1° La réalité du trauma ; son intensité ; son point d'application exact. En cas d'accident du travail, le certificat initial de blessure, surtout s'il est détaillé comme il doit l'être, aura une grande importance.

2° Que le sujet qui a subi le traumatisme est bien un syphilitique ayant franchi la période primaire présérologique, ou un syphilitique héréditaire.

3° Il restera alors à constater la succession des faits dans le temps et à vérifier si les délais constatés permettent d'incriminer le traumatisme dans l'apparition de la lésion syphilitique.

4° L'action évidente et rapide du traitement devra venir confirmer un diagnostic justement établi.

CHAPITRE VIII

Syphilis traumatique et accidents de travail

Les lésions traumatiques qui sont à l'origine de manifestations de la syphilis traumatique peuvent être déterminées par des accidents du travail. C'est un point qui n'a pas échappé aux médecins qui soignent les ouvriers blessés et aux médecins experts près des tribunaux. Depuis l'application de la loi de 1898, nombre d'entre eux ont signalé la part de la syphilis dans l'évolution de certaines lésions « traumatiques ». A tel point que la tendance à incriminer la syphilis dans l'évolution des accidents du travail a paru excessive à certains auteurs.

Le Professeur Thibierge, dans un article déjà cité (*Gaz. des Hôp.*, n° 5, janvier 1925), mettait en garde contre les prétendues lésions de syphilis traumatique qui, à son avis, étaient rarissimes, surtout en ce qui concerne les localisations tégumentaires. Il

convient, certes, d'observer une grande prudence avant de conclure à une relation de cause à effet entre un traumatisme et une lésion syphilitique, mais il n'en est pas moins vrai qu'un accident du travail peut être la cause occasionnelle d'une syphilis traumatique. Cette notion appelle certaines considérations particulières.

Au point de vue de l'étiologie, il s'agit d'accidents uniques et violents ayant déterminé les lésions les plus variables. Il est rare qu'il s'agisse de lésions légères qui, en général, ne sont pas prises en considération par l'ouvrier. Les petits traumatismes professionnels répétés ne sont point des accidents du travail aux termes de la loi et par conséquent l'ouvrier est sans recours si ces traumatismes répétés finissent par déterminer l'apparition d'une lésion de syphilis traumatique.

La lésion traumatique peut dégénérer en ulcère syphilitique, 2 ou 3 semaines après l'accident. Dans cette éventualité, le rapport de cause à effet entre l'accident et l'apparition de la lésion spécifique est assez facilement admis.

Une lésion syphilitique peut encore se localiser sur une cicatrice d'accident du travail antérieur de plusieurs mois ou de plusieurs années, consolidé depuis plus ou moins longtemps, alors que l'ouvrier a repris son travail et sa vie normale.

Enfin, on a observé des accidents syphilitiques siégeant sur une cicatrice ou un cal de fracture antérieurs de plusieurs années à l'infection syphiliti-

que (Cas de Pasini. Ostéopériostite syphilitique du cal tibio-péronier d'une fracture survenue 3 ans avant l'infection syphilitique).

Ces trois éventualités appellent des considérations médico-légales, que nous verrons plus loin.

Au point de vue clinique, les lésions de syphilis traumatique succédant à des accidents du travail rentrent dans le cadre de celles que nous avons passé en revue, c'est-à-dire qu'elles atteignent surtout les téguments, les os, les articulations, soit à la fois, soit isolément, et qu'elles sont du type de la période de la syphilis dans laquelle se trouve le blessé.

Une lésion traumatique peut-elle, du fait d'une syphilis antérieure, avoir une évolution traînante sans présenter de lésions spécifiques ? C'est ce que soutiennent quelques auteurs, s'appuyant pour cela sur la constatation de la syphilis du blessé et les bons résultats du traitement.

Au point de vue du diagnostic, s'il importe de suspecter une syphilis traumatique devant l'évolution de certaines lésions dues à des accidents du travail, il convient d'étayer ce diagnostic sur le faisceau de preuves que nous avons déjà détaillé. M. le Pr Thibierge (loc. cit.) a insisté longuement sur ce point.

Le certificat initial de blessure a une grande importance. Il donne la date de l'accident, la nature et le point d'application de l'agent vulnérant, les détails de la blessure. S'il est détaillé comme il doit toujours l'être, il permet d'apprécier dans la suite le changement d'aspect de la lésion.

Il est utile de contrôler tous les détails de ce certificat tant pour confronter les lésions que les dates. Il peut arriver, en effet, qu'un ouvrier rapporte à un accident du travail une lésion syphilitique déjà en évolution. La description de cette lésion dans le certificat initial permet de rejeter cette prétention. Dans une observation de M. Milian (*Progrès médical* 1908), un ouvrier attribuait à une piqûre de clou, survenue au cours du travail, une lésion qui, d'emblée, dès les premiers jours de l'accident, présentait tous les caractères d'une gomme crue évoluant vers le ramollissement (Obs. n° XII).

Dans les cas de véritable syphilis traumatique, une fois reconnu l'aspect syphilitique de la lésion, la description du certificat initial permet de la différencier de la lésion traumatique primitive. Un délai de 10 jours *au minimum* a été nécessaire pour que s'effectue la transformation.

Pour consolider le diagnostic il faut faire la preuve de la syphilis antérieure de l'ouvrier par les antécédents, les signes cliniques concomitants, le Wassermann. Mais ceux-ci ne sont que d'une faible valeur si la lésion incriminée n'a pas les *caractères cliniques spécifiques.*

Klauder recommande de pratiquer des réactions de Wassermann à tous les ouvriers ayant subi un accident du travail et d'appliquer immédiatement le traitement si la réaction a été positive (*Journ. of. Am. Méd. Assoc.*, 8 avril 1922). Mais on sait comme il est fréquent que des syphilitiques avérés aient un Wassermann négatif. Et la pratique systématique du

Wassermann, qui est une chose excellente, ne permettra pas toujours de prévenir le développement d'une syphilis traumatique.

La thérapeutique spécifique, plus que le Wassermann positif, viendra confirmer le diagnostic de syphilis traumatique (1).

Ce diagnostic devra éliminer les causes d'erreur déjà vues au chapitre précédent et particulièrement les lésions entretenues par les simulateurs (V. Thibierge, loc. cit.).

Quant au point de vue légal, les tribunaux ont déjà tranché la question à maintes reprises. Et la Cour de Cassation a fixé que, dans l'évaluation des indemnités dues aux ouvriers, on ne tiendrait compte que de l'aptitude au salaire avant et de l'aptitude au salaire après l'accident. La Loi impute donc à l'accident une lésion syphilitique survenue sur une lésion traumatique. Et l'ouvrier atteint d'une manifestation de syphilis traumatique aura droit à son demi salaire jusqu'à la consolidation de sa blessure et ensuite aux autres indemnités, s'il y a lieu, à condition qu'il se soumette au traitement institué par le médecin traitant ou conseillé par le médecin expert.

Mais il y a des cas d'espèce difficiles à trancher. Par exemple, celui d'une lésion syphilitique survenant sur une cicatrice ou un cal, 2 ou 3 ans après l'accident. On sait que la loi n'admet la possibilité

---

(1) Il va de soi que le traitement antisyphilitique sera supporté par l'Assurance jusqu'à consolidation de la blessure Il est logique d'admettre qu'ensuite le traitement sera supporté par l'accidenté.

de révision d'indemnité que dans les trois années qui suivent l'accord ou le jugement intervenu entre l'ouvrier et l'assurance. Si l'ouvrier veut imputer à l'accident du travail cette lésion syphilitique, alors que l'accident est déjà consolidé depuis longtemps, la décision à prendre par les juges est particulièrement délicate. Ce n'est pas à nous de trancher la question. Nous pouvons seulement dire que ces faits existent, qu'il y a un rapport entre l'accident et la localisation de la lésion syphilitique, même si la blessure causée par l'accident du travail est cicatrisée depuis longtemps.

Enfin « une question très délicate encore est celle de savoir si des lésions syphilitiques peuvent être imputées à un accident du travail lorsque l'accidenté a contracté la syphilis postérieurement à cet accident. Elle se pose pour les blessures du crâne dans des cas comme ceux de Watrazewsky où des manifestations cérébrales graves apparurent presque dès le début de la syphilis. Sand, en pareil cas, admet que la responsabilité de l'accident doit jouer, lorsque les manifestations syphilitiques se localisent d'une façon prépondérante à la région traumatisée et apparaissent dans un délai de six mois à dater de l'apparition du chancre » (P[r] Thibierge, loc. cit.).

Nous ferons remarquer : 1° que la question se pose aussi pour des accidents des membres (obs. Pasini) ; et 2° qu'il paraît bien arbitraire de fixer une date limite à partir de laquelle le traumatisme ne sera plus en cause.

CHAPITRE IX

Pathogénie

Les anciens auteurs (Verneuil, en particulier) se contentent de dire que les traumatismes créent des « lieux de moindre résistance » susceptibles de devenir le point de départ d'accidents diathésiques.

Les 3 théories suivantes approfondissent davantage la question :

1° *Théorie de Pasini.*

Les tissus de néoformation succédant aux traumatismes n'ont pas les mêmes propriétés biologiques que les autres. En particulier, ils sont dépourvus d'immunité vis-à-vis des spirochètes circulant dans le sang et c'est pour cela qu'ils peuvent être le siège d'accidents syphilitiques.

2° *Théorie de Clément Simon.*

Il ne se produit de manifestations de syphilis traumatique que lorsque le trauma *vient frapper un*

point des tissus où vivaient des tréponèmes. Le traumatisme vient les tirer de leur vie latente et réveiller leur virulence. A l'appui de cette thèse M. Cl. Simon fait observer que la pupart des manifestations de syphilis traumatique surviennent à la suite de traumatismes ayant intéressé un os. Or, la moelle des os est l'habitat le plus fréquent du tréponème dans les périodes latentes de la syphilis.

La théorie de Cl. Simon lui a été inspirée par l'observation d'un blessé dont nous avons déjà relaté l'histoire. « Cet homme présentait dans la région cubitale gauche, des syphilides tuberculo-squameuses qui s'étaient développées au niveau de la cicatrice d'une plaie par balle qui avait intéressé le cubitus. Or, la radiographie montra que les deux cubitus étaient atteints de graves lésions de syphilis héréditaire. La balle en érodant le cubitus gauche avait mis en liberté des tréponèmes qui gagnant de proche en proche avaient atteint la cicatrice et les téguments voisins. L'avant-bras droit qui n'avait reçu aucun traumatisme, et dont cependant le cubitus était plus malade que son congénère, ne présentait pas de lésions cutanées » (Cl. Simon, Q. actuelles de syphilig., 1925).

Il est curieux de noter qu'Hallopeau, en 1894, établissait déjà un rapport entre la localisation de certains accidents tertiaires cutanés et l'existence de lésions syphilitiques du squelette sous-jacent — sans toutefois faire intervenir le traumatisme dans la production des accidents cutanés. C'est ce qu'il ap-

pelait « la syphilis régionale » (sur les syphilis régionales à localisations cutanées et osseuses, Hallopeau, *Bull. Soc. Der. et Syph.*, 1894, p. 396).

Pour les syphilides traumatiques sans lésions osseuses, M. Cl. Simon pense que son explication est toujours valable. Car tous les tissus peuvent héberger des tréponèmes en quelque point. Ainsi Schneider a trouvé du tréponème dans des infiltrats de lésions primaires ou secondaires cicatrisés. Pasini, Rona, Hoffmann, Guszmann ont mis en évidence des tréponèmes dans la muqueuse et dans le tissu amygdalien, plusieurs mois après la disparition de plaques muqueuses, etc., etc.

Cette théorie explique donc la production de syphilides au points traumatisés, elle en explique aussi la rareté — mais elle n'explique pas, cependant, l'apparition d'accidents syphilitiques sur des tissus traumatisés avant l'infection spécifique.

3° *Théorie de M. Milian.*

M. Milian propose une explication beaucoup plus simple. Il pense que d'une manière générale on méconnaît, dans la pathogénie des accidents syphilitiques, l'importance des facteurs mécaniques.

Pour lui, la localisation des syphilides aux points traumatisés est due à l'arrêt et à la pullulation en ces points de spirochètes charriés dans le sang. *Et cet arrêt est dû à la gêne de la circulation capillaire dans les tissus traumatisés.*

La septicémie tréponémique précède donc tou-

jours ou presque toujours une localisation traumatique de la syphilis. Cette proposition est tout à fait admissible, puisqu'on sait qu'en période secondaire la septicémie syphilitique est de règle et qu'après cette période il y a des septicémies passagères sous l'influence de causes diverses.

Or, quand les tréponèmes sont charriés dans le sang des syphilitiques ils peuvent s'arrêter en tous les points de l'organisme. Ils s'arrêtent surtout aux endroits où la ciculation capillaire est gênée, ou ralentie ou obstruée. C'est précisément ce qui se passe au niveau des lésions traumatiques, que le trauma soit ancien ou récent.

Cette explication, si simple, n'est pas incompatible avec les faits cliniques ou expérimentaux, qu'il s'agisse de syphilis ou de pathologie générale.

Ainsi on sait que c'est l'anatomie du réseau capillaire qui commande la distribution de la roséole et des syphilides papuleuses de la syphilis secondaire.

L'observation, dans laquelle l'éruption de syphilides papuleuses était particulièrement confluente aux points où avaient été appliquées des ventouses, n'est-elle pas une illustration de cette théorie (Obs. Milian et Perin, *Bull. Soc. Derm. et Syphiligraphie*, 5 mai 1926). En effet, à ce niveau, la ventouse a produit l'éclatement de nombreux capillaires et, par conséquent, un obstacle à la circulation sanguine.

D'autres observations que nous avons citées : éruptions sur les tatouages, sur les cicatrices, sont du

même ordre et viennent confirmer la théorie pathogénique de notre maître.

Quelle autre explication peut mieux rendre compte des faits expérimentaux, de Tarnowsky, de ceux, qui sont plus récents de Yokota et Kliyoshi. Ces derniers auteurs, en traumatisant le testicule gauche d'un lapin auxquels ils avaient injecté préalablement des spirochètes, ont fait apparaître des lésions syphilitiques du testicule (Yokota et Klyoshi, *Acta Dermatol.* Bd. I. H. 4).

Ici on ne peut pas invoquer la présence antérieure « in situ » de tréponèmes réveillés par un traumatisme. Il faut admettre que le traumatisme en modifiant la structure des tissus a créé un « lieu de moindre résistance ». En quoi consiste l'infériorité de ces tissus? Sont-ils dépourvus, comme le croit Pasini, de l'immunité qu'ont les tissus sains? Ou, plutôt, n'est-il pas plus simple et plus logique d'admettre que c'est parce que la circulation capillaire est obstruée ou ralentie à leur niveau que les tréponèmes s'y arrêtent, y pullulent et y déterminent des accidents spécifiques?

Observations

OBSERVATION I

Petite lésion traumatique. Localisation de syphilides sur la cicatrice

D..., maçon, âgé de 37 ans, entre à St-Louis le 28 juin 1926 pour une éruption généralisée datant de 15 jours.

Chancre de la commissure labiale il y a 2 mois.

Examen : Syphilides papuleuses et papulo-squameuses disséminées sur tout le corps. Eléments pour la plupart lenticulaires, d'autres comme des pièces de 10 sous. A la face antérieure des deux jambes, un peu au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, on trouve de chaque côté une plaque érythémato-squameuse de couleur cuivrée, ayant les dimensions, à droite, de 2 pièces de 1 franc ; à gauche, d'une pièce de 2 francs.

Ces lésions occupent exactement la cicatrice de 2 « écorchures » que le malade s'est faites au cours de son travail, en glissant le long d'une échelle, 3 semaines avant l'apparition de l'éruption.

Ces écorchures avaient guéri rapidement. C'est sur leurs cicatrices que sont apparus les 2 placards érythémato-squameux qui sont des syphilides psoriasiformes.

Partout ailleurs, les éléments de l'éruption sont papuleux, lenticulaires, isolés, entourés de larges espaces de peau saine.

Le reste de l'observation n'a pas d'intérêt. Wassermann +. Syphilides érosives des bourses, etc., etc.

OBSERVATION II

Syphilides localisées sur cicatrices récentes de vaccination antivariolique

B..., Madeleine, 25 an, entre salle Henri IV, le 27 juillet 1926, en pleine syphilis secondaire.

Syphilides papuleuses disséminées sur tout le corps : face, tronc, membres.

A la face externe du bras droit, sous la région deltoïdienne, on note trois cicatrices de vaccine, grandes comme des pièces de 10 sous. (La vaccination a été faite il y a deux mois). Les cicatrices qui en étaient résultées étaient presque blanches.

Actuellement elles sont rouge-cuivré, se détachant bien sur le reste de la peau des bras qui est de coloration normale. De plus, outre cette rougeur, chaque cicatrice présente une ou deux papules lenticulaires. Autour, presque toute la peau du bras est respectée. Il n'y a que 7 ou 8 papules isolées.

Reste de l'examen montre lésions muqueuses de syphilides secondaires. Wassermann : + + +.

OBSERVATION III

Ostéo-périostite syphilitique post-traumatique

Pasini. — Giornal ital. d. mal. vener. et d. pelle, 1921, LXII, 1921. Analysé et commenté par Cl. Simon, in Q. actuelles de syphiligraphie, 1925.

G..., âgé de 27 ans, contracte la syphilis en novembre 1919 et présente des accidents secondaires. Pendant que ceux-ci sont

en évolution, il fait sur la glace, pendant une course, une chute grave. La tête est notamment traumatisée au niveau de la bosse frontale gauche. Aucune solution de continuité des téguments, mais une ecchymose avec notable tuméfaction locale intéressant peau et périoste. Fortes douleurs. Alitement. Une dizaine de jours après l'accident la lésion qui semblait se résoudre peu à peu s'accentue et modifie ses caractères.

Douleurs sourdes spontanées, nocturnes surtout. La bosse frontale gauche se tuméfie de nouveau avec participation du périoste. Peau libre et mobile. Puis la peau devient adhérente et rougit. La tuméfaction se ramollit. Le malade a encore des plaques muqueuses pharyngées. Le traitement combiné par calomel et néo-salvarsan provoque d'abord une réaction de Herxheimer locale et générale et amène la disparition complète en un mois environ.

OBSERVATION IV

Gomme post-traumatique (Gougerot et Clara, loc. cit.)

M... est blessé le 22 mars 1915 par un éclat d'obus au mollet. On extrait l'éclat le 20 septembre 1915 après production d'un abcès. La plaie se cicatrise en 6 semaines. Mais elle s'ouvre de nouveau en décembre 1915 et persiste en creusant. Le 19 mars 1916 on voit au milieu de la cicatrice verticale de l'incision chirurgicale une ulcération gommeuse typique de 35 millimètres, remplie de son bourbillon qui provient des muscles sous-jacents. Guérison en un mois. Wassermann négatif.

OBSERVATION V

Milian. — Progrès-Médical, 1908, p. 481.

Un nommé J..., âgé de 20 ans, receveur d'omnibus, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Bazin, le 4 août 1908. Il raconte

que, le 16 mars, un tramway rencontra la roue arrière de son autobus et en cassa l'essieu. Pendant qu'on dégageait les voitures, lui-même s'occupa à relever la roue cassée qui pesait, dit-il, 380 kilos (?). Malheureusement il fut entraîné par le poids de cette roue pendant qu'il la portait et tomba assis sur le trottoir, tandis que la roue lui glissait du genou sur la jambe droite et serrait celle-ci contre le trottoir.

Quand on l'eut dégagé, on constata au milieu de la jambe une plaie d'environ 4 cm. de diamètre et un décollement de chairs sur une longueur de 8 à 10 cm.

Le lendemain, à Lariboisière, on nettoie la plaie souillée, on déterge les débris de tissus sphacélés, etc., 12 jours après le malade sort de l'hôpital, puis vient s'y faire panser régulièrement. Il reprend son travail vers le milieu d'avril comme conducteur.

Vers le milieu du mois de mai, il est obligé d'interrompre à nouveau son travail, car la station debout occasionne chez lui des douleurs très vives dans la jambe traumatisée. La plaie n'est d'ailleurs pas encore cicatrisée. Il entre de nouveau à Lariboisière, d'où, le 4 août, on l'envoie à l'hôpital Saint-Louis, en pensant qu'il y avait quelque chose d'anormal dans l'évolution de cette plaie incicatrisable.

A l'arrivée du malade, nous voyons à la face interne de la jambe droite, au devant du tibia, une plaie ovalaire de 5 cm. de haut, sur 3 cm. de large, à fond rouge, bourgeonnant, à bords à peine accentués, qui ne présentent pas de caractères syphilitiques très accusés, à part sa régularité. Mais, d'autre part, il existe tout alentour, un certain degré d'empâtement et surtout un élargissement énorme du tibia qui a subi un élargissement d'au moins moitié. Cet empâtement et cet épaississement de l'os sont très douloureux à la pression. Et bien mieux, caractère absolument capital, l'os présente des douleurs spontanées, très vives, même au repos et se produisant surtout la nuit.

Il n'y a là aucun doute sur la nature syphilitique de la lé-

sion. Une périostite traumatique ne saurait être mise en question, en présence de douleurs nocturnes et spontanées si violentes et d'une pareille hyperostose.

Le malade avoue, d'ailleurs, avoir eu une écorchure à la verge, trois ans auparavant, mais il dit n'avoir jamais présenté d'accidents consécutifs.

On le mit au traitement mercuriel par les piqûres trihebdomadaies de 2 centigr. de bi-iodure de mercure et la prise quotidienne de deux pilules de Dupuytren et de 3 gr. d'iodure de K... et très rapidement la plaie s'améliorait en même temps que la périostose diminuait.

OBSERVATION VI

Vittorio Barbaglia : Sur un cas de Σ gommeuse cutanée développée en un point qui avait été autrefois le siège d'une injection de calomel. (Traduction due à Mlle G. Dreyfus-Sée, interne des hôpitaux de Paris).

Il s'agit d'une femme — dont nous passons sous silence une partie des antécédents sans intérêt — et qui, âgée de 47 ans, avait été bien portante jusqu'à 39 ans.

A cette époque, elle présenta une éruption papuleuse sur les organes génitaux externes. Elle fut hospitalisée et traitée par des injections de calomel.

Sortie de l'hôpital guérie, la malade ne se traite plus et ne présente aucune manifestation ni cutanée, ni muqueuse jusqu'à il y a 4 mois.

A ce moment on note l'apparition, dans la région fessière, de nodules durs, un peu douloureux aux points correspondants précisément aux points où furent pratiquées les injections (8 ans auparavant).

Petit à petit, ces nodules d'abord petits comme une noisette, s'agrandissent pour atteindre les dimensions actuelles.

Quelques-uns d'entre eux, les premiers apparus, se ramollissent en un point et l'un d'entre eux finit par s'ulcérer.

A la fin de l'année, la malade vient au dispensaire, environ 4 mois après le début de la maladie.

Elle présentait alors sur la fesse droite, dans le quadrant supéro-externe, une vaste ulcération de la grandeur et de la forme d'un écusson (?) intéressant l'hypoderme avec bords infiltrés, durs, taillés à pic, au fond irrégulier, suppurant, entouré d'une légère aréole rouge-brun. Un peu au-dessus de cette ulcération et plus en dehors existait une tuméfaction de la grandeur d'une grosse noix, dermo-épidermique, bien limitée, rouge-cuivrée, dure à la périphérie, molle et fluctuante au centre.

Les lésions étaient légèrement douloureuses à la palpation. Aucune douleur spontanée.

Des foyers infiltrés existaient à la fesse gauche. Un d'eux, situé dans la région rétro-trochantérienne, se présentait sous forme de tuméfaction ronde, de la grosseur d'un œuf de pigeon intéressant le derme et l'hypoderme, à surface rouge-brun, de consistance dure et élastique au pourtour, ramollie au centre.

Un autre un peu plus haut et à 2 cm. plus en dehors, un 3e plus bas et plus médian, tous deux sous-cutanés, de la grosseur d'une noisette, recouverts de tissus normaux, bien limités, de consistance dure et élastique, non douloureux spontanément, légèrement douloureux à la pression.

En outre, ulcération ovalaire, de la dimension d'un petit haricot sur l'amygdale gauche, bien limitée, infiltrée, taillée à pic, au fond rouge-brun, recouvert de tissus sphacélés sans aréole inflammatoire périphérique.

Bordet-Wassermann + + +.

Cuti-réaction à la tuberculose négative.

Recherche de sporotrichum négative.

L'anamnèse, les caractères cliniques, le mode d'évolution des lésions, le Wassermann + + + faisaient penser à la syphilis

tertiaire avec manifestations gommeuses de la peau et de l'amygdale.

Les résultats de la cure thérapeutique spécifique confirmèrent le diagnostic.

OBSERVATION VII

Cl. Simon. — Ostéopériostite syphilitique ancienne méconnue. Traumatisme par balle. Syphilide cutanée tertiaire consécutive in situ. Bull. Soc. Fr. de Dermatol. et Syphil., séance 10 février 1921, p. 82. Résumée.

Au mois d'avril 18, on évacua sur mon service le soldat Ch..., 27 ans, pour dermatose circinée siégeant au tiers inférieur avant-bras gauche, du côté cubital. Le diagnostic de syphilide tertiaire était évident : placard circiné de tubercules saillants, cuivrés, fermes, dont quelques-uns avaient guéri spontanément en laissant çà et là des aires cicatricielles. Wassermann et Hecht positifs. Une des aires cicatricielles adhérait profondément au cubitus. L'interrogatoire du malade révéla que la lésion avait débuté au niveau de la cicatrice d'une blessure par balle ayant intéressé le cubitus, blessure revue en avril 1917. Cette lésion avait guéri spontanément, pour récidiver en février 1918. La poussée en cours évoluait depuis 4 mois.

Une radiographie montra des lésions osseuses. Les deux cubitus présentaient des lésions syphilitiques importantes...

On peut donc supposer que la balle qui avait érodé le cubitus avait mis en liberté les tréponèmes jusque-là enfermés dans le manchon périosté et que les tréponèmes avaient ensuite gagné la cicatrice, puis les téguments voisins...

En somme, il s'agit d'un malade chez lequel tout s'est passé comme si le traumatisme avait ensemencé la peau, mettant

en liberté un foyer de tréponèmes jusque-là localisé dans l'os sous-jacent.

OBSERVATION VIII

Résumée. Gougerot et Clarat. — Journal Médical français, VII, 1918, p. 216, 222

Ostéopériostite des 5e et 6e côtes, post-traumatique. Coup de crosse de fusil. Concomitance de lésions cutanées et pulmonaires de nature syphilitique. Wassermann positif.

Guérison par le traitement spécifique.

OBSERVATION IX

Un conducteur d'artillerie présente, en septembre 1916, une tuméfaction indolente au tiers supérieur des tibias. Il est évacué pour « exostoses ». Après avoir reçu douze injections intra-fessières, ils sort guéri au bout de 20 jours.

Mais peu après, les lésions récidivent. Montant à cheval chaque jour, il incrimine le heurt continuel des bricoles au point malade. Depuis 3 mois, la tuméfaction s'est accrue de part et d'autre et la peau s'est ulcérée.

L'aspect des lésions, leur indolence, l'épaississement du squelette sous-jacent, que la radioscopie permet d'attribuer au seul périoste et une volumineuse hydartrose du genou tout contribue à faire admettre la syphilis (Railliet). Influence des petits traumatismes professionnels sur les localisations de la syphilis. *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, XLIII, 1919, p. 677.

OBSERVATION X

In extenso in Bulletin Assoc. Médico-chir. des Accidents du travail, 5 février 1911 (Résumée)

Le 6 juillet 1909, l'ouvrier A..., en soulevant et basculant un banneau, fit un effort et ressentit une violente douleur à l'épaule gauche. Le Dr H..., appelé le lendemain, constata « une légère entorse de l'épaule gauche » et évalua l'incapacite temporaire de travail à 12 jours.

Au 23 juillet : hydarthrose de l'articulation de ladite épaule. La ponction ramène 300 gr. de liquide clair.

Mais l'hydarthrose se reproduit.

Au 29 août 1909, un autre médecin constate : « hydarthrose volumineuse, mouvements actifs très gênés. Rudesse des craquements ». *Il est frappé par la similitude symptomatique avec les arthropathies tabétiques.*

Au 25 septembre 1909 : diminution épanchement, crépitation, craquements persistants. L'épaule ressemble à une articulation envahie par une tumeur blanche.

Au 26 octobre : l'épaule est empâtée, mais ne donne plus l'impression d'être envahie par des fongosités. Les mouvements sont gênés.

Au 12 février 1910, l'articulation est toujours déformée. Craquements. *Pas de douleurs.* Impotence fonctionnelle complète. *On pense encore à arthropathie tabétique.* Pas de signes de tabès.

Mais un syphiligraphe, examinant le malade sur la prière des précédents experts, découvre sur l'épaule des cicatrices rondes, grandes comme des pièces de 2 et 5 francs et qui ressemblent à des cicatrices d'accidents tertiaires.

En outre, leucoplasie face interne joue gauche.

Enfin, la femme d'A... a eu 15 grossesses, dont 7 fausses couches. Trois enfants seulement sont encore vivants. « Il n'y a que la syphilis pour faire de pareilles hécatombes ».

En conclusion, les experts écrivent :

Il y a eu une arthrite consécutive à un accident. Quelle est la nature de cette arthrite ? Ce n'est pas une arthrite traumatique, car le trauma était minime. De plus, l'articulation est disloquée et non ankylosée, etc., etc.

Ce n'est pas une arthrite tuberculeuse, à cause de l'évolution, des signes, de l'absence de trace de tuberculose.

Ce n'est pas une arthrite tabétique, ni une arthrite blennhorragique (pas de traces de blennhorragie).

C'est une arthrite syphilitique. Ainsi s'expliquent l'indolence, le peu d'atrophie, l'insidiosité de l'affection, le bon état général, l'amélioration obtenue par le traitement.

OBSERVATION XI

Milian et Lotte. — Bull. Soc. Derm. et Syphiligr., n° 3 mars 1926

Q..., 53 ans, entre le 12 février 1926, salle Saint-Louis, pour une plaie large et profonde de la face antérieure de la jambe, qui ne se cicatrise pas depuis deux mois. Il est envoyé par le médecin de l'assurance « l'Urbaine », le docteur Ravanier, qui, devant l'évolution anormale de la plaie, a soupçonné la syphilis, fait faire une réaction de Wassermann qui fut trouvée positive et l'adresse dans notre service pour un traitement antisyphilitique.

Voici, d'après le récit du malade, l'histoire de l'accident. Le 3 décembre 1925, cet homme est tombé sur le bord de la fosse de son garage et s'est fait une plaie linéaire de 4 centimètres de long, légèrement oblique en bas, en avant et en dedans, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. La plaie fut aussitôt suturée (3 crins) dans une clinique d'accidents du travail de Levallois : revue 2 et 4 jours après, elle ne présentait rien d'anormal.

Vers le 10 décembre, la jambe commence à enfler au-dessous de la plaie, les téguments rougissent et le malade ressent quelques douleurs, rendant la marche pénible.

Le 12 décembre, la plaie suturée est rouge, tendue, douloureuse, ainsi que la région sous-jacente sur deux travers de main.

Le lendemain, on enlève les fils : la partie interne de la plaie ne s'est pas réunie par première intention et donne issue à un pus jaunâtre, assez abondant, venant de la région enflammée sous-jacente à la plaie. Un point fluctuant est incisé à la face interne de la jambe et un drain introduit par la plaie primitive ressort par cette incision. Le drain est enlevé 8 jours après, le 20 décembre, et l'on fait des lavages avec de l'eau distillée.

Malgré les soins, le décollement cutané s'étend, et l'on incise le pont cutané qui joint les deux orifices de passage du drain ; un autre décollement se produit en bas et en dehors vers la face externe de la jambe, puis une escharre des dimensions d'une pièce de 5 francs apparaît à ce niveau et s'élimine vers les premiers jours de février 1926, laissant à sa place une ulcération large, profonde et suppurante. Enfin, le 4 février, on a été obligé d'intervenir à nouveau, pour sectionner un point cutané recouvrant un trajet fistuleux, faisant communiquer les deux plaies de face interne et externe de la jambe.

Cette description des événements nous a été faite par le malade. Il est donc difficile d'affirmer que les termes en sont bien exacts et nous devons surtout tenir compte de l'état actuel.

A son entrée, le malade présente une large plaie très anfractueuse, profonde de 1 cm. environ, longue de 10 à 12 centimètres.

Les bords en sont très irrégulièrement découpés, en carte de géographie, tombant à pic vers le fond de l'ulcération, et sa partie inférieure montre un polycyclisme caractéristique.

Le fond est anfractueux, sanieux, sécrétant un pus abondant.

Le pourtour de l'ulcération est bordé d'un bourrelet rouge violacé, infiltré. On se trouve manifestement en présence d'une syphilide ulcéro-gommeuse phagédénique caractéristique.

La plaie initiale est complètement cicatrisée.

Examen général :

L'appareil cardio-vasculaire est normal, la tension artérielle est de 13-8 au Vaquez ; l'examen de l'appareil respiratoire ne révèle que quelques râles disséminés de bronchite.

Les réflexes tendineux sont normaux, les pupilles sont inégales, déformées, mais réagissent à la lumière et à l'accommodation.

On constate dans la bouche l'existence d'un placard de leucoplasie commissurale gauche ; la voûte palatine est haute, l'incisive médiane supérieure droite a son bord libre concave, de type Hutchinson.

Antécédents :

Le malade nie toute syphilis. Sa femme est morte il y a un an. Elle avait eu deux enfants de 21 et 17 ans, nés en 1905 et 1909, en bonne santé ; deux fausses couches en 1915 et 1917 dans les premiers mois.

Les parents du malade sont morts à 59 et 69 ans. Sur les 13 enfants qu'ils ont eu, 11 sont morts en bas-âge ; le 12e à 32 ans. Le malade est le seul survivant.

Dès son arrivée le malade a été mis au traitement bismuthique par le B. S. M., dont il a reçu 6 injections de 0 gr. 30.

Deux réactions de B. W. ont été négatives.

Le 5 mars 1926, quinze jours après son entrée, on constate une grosse amélioration des lésions. Le fond de l'ulcération s'est détergé ; il bourgeonne, s'est exhaussé de 5 millimètres ; le pourtour a légèrement diminué d'étendue.

Le diagnostic de syphilide ulcéro-gommeuse ne peut être mis en doute malgré l'absence d'ancédédents spécifiques, car la forme géographique de l'ulcération, son polycyclisme sont

caractéristiques ; d'autre part, il a suffi de mettre ce malade au traitement pour modifier complètement en quelques jours l'aspect de sa plaie.

La première réaction de Wassermann a du reste été positive. Enfin, on retrouve chez ce malade quelques stigmates dentaires, une leucoplasie, et dans ses antécédents héréditaires et collatéraux polyléthalite infantile et deux fausses couches.

OBSERVATION XII

G. Milian. — Progrès Médical, 3 oct. 1908.

J..., 48 ans, charretier, raconte qu'en déchargeant une voiture de boiseries provenant de démolitions une pointe rouillée le piqua à la jambe à travers son pantalon. La jambe enfla le même jour. Le Dr S., appelé, appliqua un pansement. Le surlendemain le Dr T., médecin de l'assurance à laquelle était assuré le patron de J..., voit le blessé, qualifie la plaie d'anthrax et conteste même que la blessure ait pu être produite par le traumatisme. Devant cette affirmation, le 15 juillet, le malade quitte le Dr T..., et se confie aux soins du Dr C...

Or, à la date du 5 septembre, c'est-à-dire deux mois et demi après l'accident, la plaie n'est pas encore cicatrisée et J... prétend qu'il ne peut reprendre son travail et a par suite droit, ce temps durant, au paiement de son demi-salaire. C'est l'objet du procès, car la Cie refuse de reconnaître l'origine traumatique de la plaie.

A l'examen, à la face antérieure de la jambe gauche, à un travers de main au-dessous de la pointe de la rotule : ulcération typique de gomme syphilitique en réparation.

D'ailleurs le malade est porteur d'autres manifestations tertiaires sur les téguments et la langue.

Il a eu la syphilis 12 ans auparavant.

Dans ce cas M. Miliau élimine l'origine traumatique de la

lésion car un médecin a constaté une tumeur, (gomme crue probable) qu'il appela anthrax, deux jours après l'accident.

« Ce pseudo-anthrax, écrit, M. Miliau, n'aurait pu se constituer en si peu de temps, puisque la gomme syphilitique demande au moins une semaine d'évolution avant de prendre cet aspect. D'ailleurs, comment expliquer la simultanéité d'apparition des autres accidents ?

En présence d'une telle concordance de faits (forme gommeuse de la lésion dès le lendemain du traumatisme, évolution de cette lésion dans les délais d'une gomme, présence d'accidents syphilitiques multiples et développés sur le reste du corps il était impossible d'admettre un rapport quelconque entre le traumatisme et la plaie.

Conclusions

I. Tout traumatisme, quel qu'il soit, peut, dans certains cas, déterminer chez un sujet entaché de syphilis acquise ou héréditaire des lésions syphilitiques de tous les points de l'organisme et en particulier des téguments, des os, des articulations.

II. La syphilis traumatique des téguments, des os, des articulations s'observe dans les périodes secondaire et tertiaire de la syphilis et dans la syphilis héréditaire.

Elle réalise, dans l'immense majorité des observations, des lésions spécifiques, du type de la période dans laquelle se trouve le blessé.

III. Dans la syphilis traumatique des téguments, des os, des articulations, il faut distinguer plusieurs ordres de faits :

a) Cas où un traumatisme minime donne à des lésions syphilitiques une intensité ou des caractères morphologiques particuliers au point traumatisé. Ces cas s'observent surtout en période secondaire.

b) Cas où un traumatisme, le plus souvent violent et unique, détermine l'apparition de lésions syphilitiques.

Ces cas, les plus importants en pratique, s'observent surtout au cours de la syphilis tertiaire et de la syphilis héréditaire. Ils ressortissent souvent *à la loi sur les accidents du travail.*

c) Cas où un traumatisme léger, soit permanent, soit répété depuis longtemps (traumatismes professionnels, gestes rituels, tics).

Ou bien encore cas où une séquelle de traumatisme (cicatrices, cals de fractures) servent de point de localisation à des lésions syphilitiques.

IV. Avant de conclure à la relation de cause à effet, de cause occasionnelle s'entend, entre un traumatisme et une lésion syphilitique, il convient d'acquérir la certitude de :

a) La réalité du trauma, sa date, son point d'application.

b) L'existence chez le sujet blessé d'une syphilis acquise ayant déjà atteint pour le moins la période sérologique ou d'une syphilis héréditaire.

c) La succession dans le temps du trauma et des accidents constatés — un délai plausible devant séparer l'application de l'un de l'apparition de l'autre.

d) L'efficacité évidente et rapide d'un traitement anti-syphilitique approprié et bien conduit sur les lésions constatées.

V. Un accident du travail peut être la cause occasionnelle d'une lésion de syphilis traumatique. Ce diagnostic entraîne l'application d'un traitement antisyphilitique.

Au point de vue légal, pour l'ouvrier, tout se passe comme si l'accident était seul responsable de cette lésion.

Cependant il y a des cas d'espèce qui ne sont pas encore résolus.

VI. Il semble qu'il existe deux modes pathogéniques des lésions de syphilis traumatique :

1° « Les tréponèmes circulant dans le sang lors d'une poussée septicémique s'arrêtent et pullulent dans les régions traumatisées ou dans les cicatrices, là où il y a interruption, ralentissement ou remous de la circulation capillaire » (G. Milian).

2° Plus rarement ces accidents sont dus au réveil local par le traumatisme de foyers latents de tréponèmes (faits et théorie de M. Cl. Simon).

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. E. JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

Aoki. — *Dermatologiseh zeitschriff.*, t. 19, p. 813, 1922.

Albertin. — Syphilis et Accidents du travail. *Ann. de Méd. Lég.*, Paris, 1879.

Benicy. — Syphilis et traumatisme, 4°, Paris, 1879.

A. Broca. — Origine traumatique de la syphilis articulaire. — *Presse Médicale*, 1921, 2 novembre.

Barbaglia. — Sur un cas syphilis gommeuse cutanée... — *Archivo Dermatologia*, etc., déc. 1925.

Bernheim et Glück. — Syphilis et tatouage. — *Dermatologisches Central Blatt*, 1922, n° 6, p. 162.

Bucquicchio. — Su al cuni casi di gommi sifilitiche in sedi di insigioni... — *Giorn. Ital. del mal. vener. et Pelle.* — 1923, fas. II.

Converset. — Syphilis et tatouage, 4°, Lyon, 1888.

Chaleix. — Reveil diathèse syphilitique par un traumat. — *Ann. de Méd. Bord.*, 1885, VI, XV, 571, 573.

Chaput. — *Journal méd. et chir. pat.*, 10 juillet 1916.

Charpy. — De la fragilité des os chez les syphilitiques. — *Ann. Derm. et Syphil.*, 1885, 25, vi 269-272.

Combenale et Fedon. — Traumatisme réveillant une syphilis ignorée. — *Union Méd., Paris*, 1887.

Converset. — Syphilis et tatouage, 4°, Lyon, 1888.

Cahen. — Syphilis und Unfall. — *Aerzt, Sachsversl Ztg*, Berlin, 1902.

Cipolla. — Ostéopériostite région nasale provoquée par un traumatisme. — *Riforma Medica*, 26e année, n° 1.

COUTELA. — Arthrite syphilitique par traumatisme. (XI[e] Congrès Méd. Légale, Paris 1926).

DELFORGE. — Des rapports de la syphilis avec le traumatisme, Bruxelles. — *Arch. Médicales Belges*, 1896, 4 s., 361-368.

DREYER. — Syphilis und Trauma. — *Monatschrift für Unfallheit*, Leipzig, 1899, R. 361, 367.

DOHI. — Tatouage et syphilis (Tokio). — *Archiv. f. Dermatologie*, vol. 150, fasc. I, 1926.

ALFRED FOURNIER. — Traité de la syphilis, tome II, fasc. I.

GOUBEAU. — Traumatisme et syphilis. — *Soc. de Méd. de* Paris, oct. 1917.

GROSS. — Une amputation chez une syphilitique. — *Rev. Méd. Est*, Nancy, 1879, 554-558.

GUILLEMIN S. — Observations de lésions traumatiques modifiées par la syphilis. — *Gab. hebd. de méd.*, Paris, 1863, p. 472.

GOUGEROT et CLARA. — *Journal Méd. Franç.*, VII, déc. 1918.

GOUGEROT. — Contribution à l'étude des s. post-traumat. — *Ann. des mal. vénér.*, XVIII, 1923.

— Gomme osseuse post-traumatique. — *Revue française de Dermat. et Vénér.*, mai 1926.

GAUDIER et MINET. — Blessures guerre et syphilis. — *Médecin* français, XVII, 1924, p. 117.

GASTON et FUCHS. — S. méconnue face apparence lupoïde. — *B. Soc. Derm. et Syphil.*, 1924, p. 490.

GARRIDO LESTACHÉ. — Traumatisme et syphilis de l'enfance. — *Pediatria Española*, février 1921.

HALBRON et BARTHÉLÉMY. — Traumatisme point d'appel et localisation des syphilides. — *Ann. des mal. vénér.*, XVIII, 1923.

HALLÉPEAU. — Syphilis régionales. — *Bull. Soc. Der. et Σ.*, 1894.

HAAN (P.). — Syphilis et irritation de cause externe traumatique. — *J. d. mal. cut. et syph.*, Paris, 1897; IX, 535-541.

Mme July. — Thèse Paris, 1925 : Syphilis traumatique, téguments et os.

F. Julivsberg. — Gommes aux points d'injection des préparations mercurielles. — *Münchener Mediz. Wochenschift*, 1903, p. 645.

Jeannot P. — Opérations chirurgicales chez les syphilitiques, 4°, Paris, 1885.

Kahn. — P. G. et guerre. — *Journ. Méd. et Chir. prat.*, mars 1919.

Klauder. — Syphilis and trauma. — *Journ. of. Amer. Méd. Assoc.*, 1922, p. 1029.

Lacapère et Laurent — Influence des traumatismes sur les localisations de la syphilis. — *Paris-Médical*, 1918.

Lafforgue. — Hémorragie traumatique et syphilis. — *Rev. méd. Afrique Nord*, Alger, 1900, p. 871-889.

Lenzmann. — Trauma und syphilis. — *Fortsch. d. Mediz.*, 1921, n° 10-11.

Lévy et Gély. — *Bull. Soc. Méd. Hôp., Paris*, 8 juin 1917.

Milian. — Syphilis et accidents du travail. — *Progrès médical*, 3 octobre 1908.

— *Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, 13 mars 1926.

Milian et Lotte. — *Bull. Soc. id.*, mars 1926.

Milian et Périn. — *Bull. Soc.*, avril 1926.

Milian. — Réactivation Wassermann et les infections. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôpit.*, Paris, 21 mai 1926.

Malécot. — Accidents syphilis en d'anciens foyers traumatiques. — *Ann. Derm. et syph.*, Paris, 1882, 228-231.

Mibelli. — Di un caso gomme dose erano state praticate migioni di calomelano. — 10 Réunione Soc. Ital. Dermat. et Sifil., 1908.

Mairet. — Syphilis ignorée révélée par traumatisme. — *Montpellier Médical*, 1888, 25.

Meyer. — Syphilis und trauma. — *Aerztl. Schveral. Ztg.*, Berl. 1905, XI.

José May. — Syphilis ignorées, révélées par petits traumatismes professionnels. — *An. Fac. méd. de Montevideo*, janvier 1923.

Ozenne. — Note pour histoire syphilides traumatiques. — *Union méd. Par.*, 1883, 3 s., 469.

Oettinger. — Ostéopathie type Paget, consécutive à traumatisme chez un syphilitique. — *Bull. Soc. Méd. légale France*, 1921, p. 99-105.

Pasini. — Sifilide e trauma. — *Giorn. Ital. Mal. vener. et della Pelle*, 1921, fasc. 2.

— Sulla permanenza spirochet. pallida in una macula atropico... — 18 réunione. S. F. F. di D. et S., 1906.

Page. — The relation of syphilis to trauma. — *South M. J., Birmingham*, 1925, 206-209.

Petit (L.-H.). — De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme, 4°, Paris, 1875.

Prévost. — Fractures spontanées os longs chez les syphilitiques. — 4°, Lille, 1886.

Picqué. — Syphilis et traumatisme. — *Gaz. méd. Paris*, 1884, 373.

Railliet. — Influence petits traumatismes professionnels sur les localisations de la syphilis. — *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, XLIII, 1919.

Roca. — La sifilis y el traumatismo. — *An. Sam. mel. Buenos-Ayres*, 1905, 131, 155.

Cl. Simon. — Ostéo-périostite syphilitique. Traumatisme probable, etc. — *Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, 10 février 1921.

— Note sur la syphilis traumatiq. — *Bull. Méd.*, juin, 1921.

Cl. Simon. — Q. actuelles syphiligraphie, vol. 1926.

Seilmann, Drouet et Diot. — Syphilis et tatouage. — *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 1923, n° 3.

Stolper. — Syphilis und Unfall. — *Monatschift. f. Unfallheik*, Leipz. 1905, 297-305.

— *Deutsch. Ztsch. f. Chir.*, Leipz., 1902, 117-198.

G. Thibierge. — Traumatismes et syphilides cutanées. — *Gaz. Hôp.*, n° 5, janvier 1925.

Tarnowsky. — *Vierteljarherschrift h. Dermato.*, 1877.

Verneuil. — Plaies chez les syphilitiques. — *J. Méd. et Chir. pratiq.*, Paris, 1877, 110.

— Nouvelles observations de syphilides traumatiques. — *Union méd.*, Paris, 1887, 397-409.

Vignolo Lutati. — Sifilide latente e traumatismi di guerra. — *Il Policlino*, Sezione pratica, 1918.

— *Il morgagni*, 1912, n° 4.

Viets (H. R.). — Syphilis and trauma. — *Bost. méd. a Surg.*, J. CLXXXIX, 1923.

William, Menninger, Topeka. — Cicatrisation des plaies chez les syphilitiques. — *Am. Journ. of Syph.*, 1925, n° 3.

Yokota-Kliyostri. — Wie beeinflusst bei der experimentellen syphilis das trauma den Krankheits ausbruch Acta Dermat., Bd. 1, H. 4.

Table des Matières

	Pages
Introduction	11
Chapitre I. — Définition. Délimitation du sujet	13
Chapitre II. — Historique	16
Chapitre III. — Etiologie	23
Le Traumatisme	23
La Syphilis	26
Chapitre IV. — Etude clinique	29
Période secondaire	29
Période tertiaire	34
Syphilis héréditaire	44
Chapitre V. — Influence de la syphilis sur les plaies, sans lésions spécifiques	46
Chapitre VI. — Traumatisme et séro-réaction	48
Chapitre VII. — Diagnostic	50
Chapitre VIII. — Syphilis traumatique et Accidents du travail	55
Chapitre IX. — Pathogénie	61
Observations	66
Conclusions	80
Bibliographie	83

Imoges. — Imp. Commerciale Perrette